



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

תאגיד - לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975

דרך מנחם בגין (דרך פ"ת) 23, מגדל לוינשטיין (קומה 17) ת"א 6618356

טלפון: 03-7111666 פקסימיליה: 03-7111667 ת.ד. 37505 מיקוד 6137401

מייל מח' תביעות: tviot@karnit.co.il מייל תביעות שיבוב: tviot-hazara@karnit.co.il

מס' תביעה: _____

מס' נפגע: _____

הנדון: כתב ויתור על סודיות – בגיר

1. אני החתום-מטה _____ ת.ז. _____ נותן/נת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או קופת חולים ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד הרווחה ו/או למשרד החינוך ו/או ל"נטלי" חטיבת חינוך והדרכה ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או כל קרן פנסיה ו/או משרד האוצר ניצולי שואה שיקום ונכים ו/או הלשכה לפיצויים אישיים ו/או ועדת תביעות ו/או הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל למסור ל"קרנית" – קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים, בא כוחה או שלוחה או החייב עפ"י החוק (להלן: "המבקשים") את כל המסמכים והפרטים ללא יוצא מהכלל ובאופן שידרשו המבקשים המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן/נת רשות לכל אחת מחברות הביטוח למסור למבקשים כל מסמך רפואי או אחר ו/או כל מסמך, ו/או מידע המתייחס הן לביטוחים והן לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

2. אני משחרר/ת בזה את המבקשים ואת כל הגורמים המנויים בפסקה 1 לעיל לרבות כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או כל אגף מאגפיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הרווחה ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הישגי בלימודים ומתירה להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצלם כולל מידע או מסמך על שירותים המסופקים לי על ידם ועל תשלומים ששולמו ומשולמים לי על ידם, לרבות מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון שילם ומשלם וישלם לי. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

3. הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

שם הנפגע/ת (פרטי ומשפחה):	רופא משפחה:
שם האב:	רופא _____:
שם קודם/שם נעורים:	רופא _____:
כתובת עדכנית:	שם ביי"ס יסודי:
כתובת מגורים קודמת:	ישוב _____:
מס' אישי בצה"ל:	שם ביי"ס תיכון:
קופ"ח בה הנני חבר בהווה:	ישוב _____:
סניף:	ביה"ח בו נולדתי:
קופ"ח בה הייתי חבר בעבר:	תאריך עלייה:

_____ *תאריך

_____ *חתימת הנפגע/ת

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק):

_____ *תאריך

_____ *חותמת וחתימה

_____ *מספר רישיון

_____ *שם

השדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה. שים לב: לא ניתן לעשות שימוש בטופס בו לא מולאו כל שדות החובה. יש למלא בהקפדה את כל הפרטים הרלוונטיים ולהמציא הטופס חתום במקור או כשהוא נושא אישור של עו"ד "העתק מתאים למקור".